

Extrait de J. Van Rillaer (1992) *La gestion de soi*. Ed. Mardaga, p. 191-196.

B. L'impact de l'interprétation de l'activation physiologique

La dynamisation physiologique ne détermine pas les affects de façon mécanique. Son effet se trouve largement médiatisé par la manière dont elle est perçue et interprétée (relation $O \Rightarrow CO \Rightarrow AF$). Le comportement, comme le rappelle bien le schéma de l'équation comportementale, résulte toujours de l'interaction entre plusieurs variables.

1. La question de l'attribution

Considérons le cas d'un étudiant qui, le jour de son examen, a absorbé trois tasses de café et/ou une forte dose de vitamines. De par cette ingestion, il a provoqué une stimulation sensible de son système nerveux. Lorsqu'il se trouve devant la porte de l'examineur et qu'il ressent une forte émotion, il peut interpréter son état affectif de diverses façons, par exemple : (a) une terrible angoisse due à l'examen, (b) une turbulence physiologique due à l'examen et aux substances consommées, (c) une activation due pour l'essentiel au café ou aux vitamines. L'émotion sera la plus forte et la plus handicapante dans le premier cas ; elle le sera le moins dans le troisième. C'est en tout cas ce que permettent de prédire de nombreuses expériences, dont celle de Stanley Schachter et Jerome Singer (1962) est l'exemple princeps.

Schachter (Université Columbia) et Singer (Université de l'Etat de Pennsylvanie) ont voulu étudier l'interaction entre trois déterminants essentiels des affects : (a) l'« arousal », (b) son codage cognitif, (c) les circonstances externes.

(a) Pour analyser l'impact de l'activation physiologique, ils injectent de l'adrénaline à des sujets volontaires pour des expériences de physiologie. Ils ne révèlent pas la véritable nature du produit, qu'ils présentent comme « un composé vitaminique dont on étudie l'effet sur la perception visuelle ». A d'autres sujets ils administrent un placebo (une solution saline).

(b) En vue d'étudier le rôle de la façon de percevoir l'« arousal », ils fournissent trois types différents d'informations au moment d'injecter l'adrénaline. Un 1^{er} groupe est correctement informé des effets physiologiques à venir : accélération cardiaque, impression de chaleur au visage, légers tremblements des mains, etc. Un 2^e groupe de sujets reçoit une information fautive : on leur prédit un léger mal de tête et des démangeaisons en différentes parties du corps. Un 3^e groupe ne reçoit pas d'information. Le groupe auquel le placebo est administré ne reçoit pas d'information sur des réactions physiologiques prévisibles.

(c) Afin d'étudier l'impact de l'environnement, ces quatre groupes sont chacun divisés en deux. Dans un cas, les sujets sont placés dans une situation agréable : une salle d'attente et la compagnie d'un comparse euphorique. Dans l'autre cas, ils sont mis dans une situation désagréable : en compagnie d'un compère simulant la mauvaise humeur, ils sont invités à répondre à un questionnaire indiscret (on leur demande par exemple « Avec combien d'hommes votre mère a-t-elle eu des relations extraconjugales ? »).

Au total, trois « variables indépendantes » sont combinées de façon à produire huit conditions expérimentales :

(a) Etat physiologique (« O »)	(b) Information (« CO »)	(c) Circonstances (« S »)
1. Excitation	correcte	agréables
2. Excitation	correcte	désagréables
3. Excitation	incorrecte	agréables
4. Excitation	incorrecte	désagréables
5. Excitation	absente	agréables
6. Excitation	absente	désagréables
7. Calme	absente	agréables
8. Calme	absente	désagréables

Chaque sujet est soumis individuellement à une de ces situations. Les effets au niveau des émotions (ressenties par le sujet et observées par deux psychologues qui ignorent l'état physiologique des sujets) sont les suivants.

- Les sujets des groupes 1, 3, 5 et 7 sont dans l'ensemble de bonne humeur. Ceux des groupes 2, 4, 6, et 8, de mauvaise humeur. Cette différence montre l'importance des circonstances externes dans le développement des tonalités affectives.

- Les sujets des groupes 5 et 6 éprouvent des affects nettement plus intenses que ceux des groupes 7 et 8. Etant donné que ces deux ensembles de groupes ne diffèrent que par rapport à la présence ou non d'adrénaline, on peut conclure que la dynamisation physiologique détermine largement l'intensité des affects, qu'ils soient plaisants ou déplaisants.

- Les sujets des groupes 1 et 2 sont nettement moins émus que ceux des groupes 3 à 6. La variable ici déterminante est d'ordre cognitive : ceux qui ont bénéficié d'une information leur permettant d'attribuer leur « nervosité » à l'injection et à la modification subséquente de l'organisme ont atténué ou neutralisé l'effet de l'adrénaline ; ceux qui n'ont pas été incités à comprendre leur état affectif en termes physiologiques sont manifestement, selon les circonstances externes, plus gais ou plus irrités.

L'apport essentiel de cette célèbre expérience peut s'énoncer comme suit : *l'impact de l'activation physiologique sur les affects est médiatisé par la structuration cognitive de la situation et plus précisément par l'attribution de la cause de l'affect*. L'« arousal » agit en fonction de la façon dont la personne perçoit son état et de ce qu'elle se dit à elle-même au sujet de la situation. *L'interprétation « physiologisante » d'une émotion réduit son intensité et sa portée sur les comportements conséquents*. La personne qui méconnaît le « poids » de l'excitation physiologique dans le développement de ses émotions est nettement plus asservie à ses turbulences affectives que la personne qui a compris l'importance de cette variable et qui a développé la capacité d'agir sur elle.

La recherche de Schachter et Singer a donné lieu à des répliques et à diverses contre-expériences qui sont venues nuancer ses résultats. Par exemple Maslach (1979), Marshall et Zimbardo (1979) ont montré que lorsqu'une personne se trouve dans une *situation neutre* et qu'elle subit une *importante* excitation physiologique sans attribuer au moins une part de ce qu'elle ressent à des processus physiologiques, elle éprouve plus facilement des *affects négatifs* (de l'angoisse par exemple) que des affects positifs (de la gaieté p.ex.).

2. L'étiquetage pathologisant

L'expérience clinique des comportementalistes rejoint tout à fait les résultats susmentionnés. *Beaucoup de personnes considérées comme « névrosées » sont simplement victimes d'interprétations erronées de brusques intensifications de l'activation physiologique* (cf. p.ex. Orlemans & Ten Doesschate, 1976 ; D. M. Clark, 1986 ; Liotti, 1986 ; Wolpe & Rowan, 1989 ; Salkovskis & Clark, 1990).

Des exemples de ce type de mésattribution se trouvent dans la genèse de nombreuses phobies et névroses d'angoisse (caractérisées par un état d'anxiété plus ou moins permanent et des accès de panique). Le début réside dans une interprétation dramatisante d'une excitation physiologique inhabituelle. Marie Cardinal, dans un roman autobiographique, en fournit une illustration (d'autant plus intéressante que la romancière, avec qui j'ai eu l'occasion de m'entretenir, ignore l'explication scientifique des émotions). Elle écrit :

« Ma première crise d'angoisse a débuté au cours d'un concert d'Armstrong. J'avais entre dix-neuf et vingt ans (...) J'étais très excitée en arrivant au concert, surtout que les organisateurs avaient annoncé que ce serait une jam-session. Armstrong allait improviser avec sa trompette (...)

Je n'ai pas été déçue ; l'ambiance a chauffé très vite. Les sons qui sortaient de l'instrument se tassaient par moments les uns contre les autres, s'emmêlaient, se bousculaient pour former une assise musicale, qui arrachait les nerfs de ceux qui l'avaient suivie.

Mon cœur s'est mis à battre très vite et très fort. Tant et tant qu'il est devenu plus important que la musique. Il secouait les barreaux de ma cage thoracique, il gonflait, comprimant mes poumons dans lesquels l'air ne pouvait plus entrer. Et, prise de panique à l'idée de mourir là, dans ces spasmes, dans ces trépignements, dans ces hurlements de la foule, je me suis sauvée. J'ai couru dans la foule, comme une folle. (...) En arrivant chez moi, au lieu de prendre l'ascenseur j'ai monté les escaliers quatre à quatre, jusqu'au cinquième étage et là, devant la porte d'entrée, j'ai pris conscience de l'énorme effort physique que je venais d'accomplir et je me suis dit : "Si j'étais cardiaque je serais morte, je n'aurais pas pu faire le dixième de ce que je viens de faire." Cette réflexion ne m'a pas calmée. J'ai trouvé ma chambre, je me suis affalée sur mon lit pour apaiser mon essoufflement. J'étais seule, les yeux fermés, plus rien d'autre ne comptait que mon cœur qui palpitait et sursautait : "Je vais mourir, je suis cardiaque." Et l'angoisse que je venais alors de rencontrer pour la première fois s'est emparée de moi, elle m'a couverte de sa transpiration glacée, elle a secoué mes muscles de tremblements grotesques". (...)

Les jours qui ont suivi cette crise, bien que calmes, se sont traînés gros d'angoisse, de son souvenir, de la hantise de la voir se reproduire. Que pouvait-il y avoir de pire que ce que j'avais vécu ? Peut-on subir plus ? Existe-t-il un désarroi humain plus important ? (...) Toutes les années qui ont suivi (une dizaine) ont été grignotées par une lente gestation de la folie. Je n'en étais pas consciente, évidemment. J'avais simplement de moins en moins goût à bouger, à m'exprimer, à me projeter dans une action ou une pensée » (1975 : 51s).

Après l'expérience traumatisante d'une activation intense, « mésattribuée » et apparemment incontrôlable, le futur « névrosé » redoute fort sa réapparition. Lorsqu'il perçoit ensuite un stimulus qui rappelle de près ou de loin la situation qui avait déclenché le cataclysme interne, il s'angoisse et guette les premiers symptômes de perturbation psychophysiologique. Ses anticipations et ses perceptions sélectives lui jouent alors un très mauvais tour : il croit reconnaître les prodromes de la crise et dès lors il provoque une « auto-activation » de plus en plus forte, de moins en moins compréhensible, de plus en plus « névrotisante ». Le cercle vicieux dans lequel il se trouve piégé peut se schématiser comme suit :

S anxigène => anxiété et dynamisation physiologique => anticipation anxieuse de la turbulence physiologique (« je crois que ça va recommencer ») => attention sélective aux modifications physiologiques (« ça y est, je sens venir la crise ! ») => auto-activation physiologique => (via l'étiquetage pathologisant) redoublement de l'anxiété, crise d'angoisse ou de panique.

Si en pareilles circonstances la respiration s'amplifie (ce qui est généralement le cas) et provoque des sensations de plus en plus inquiétantes (dont nous reparlerons), les ingrédients essentiels sont réunis pour constituer une névrose d'angoisse ou une phobie tenaces, plus ou moins invalidantes.

Si la personne attribue ce qu'elle ressent à un trouble physique, elle développera facilement une nosophobie (peur de l'infarctus ou de l'hémorragie cérébrale, conviction d'être atteinte du cancer, obsession de la mort).

Si elle explique son état essentiellement par des stimuli externes, elle développera une phobie des stimuli associés à ses premières crises d'angoisse, ainsi que des stimuli apparentés (claustrophobie, agoraphobie, phobies sociales, etc.).

A y regarder de près, la majorité des phobiques redoutent avant toute chose leurs propres réactions physiologiques, interprétées comme de l'angoisse ou de la panique. La crainte que des personnes présentes au moment de l'effervescence viscérale et émotionnelle découvrent leur « manque de contrôle » et les jugent négativement (« faible », « bizarre », « névrosé », « fou ») vient tout compliquer. Dans certains cas, c'est plutôt la peur d'être seul et sans secours face à ce « cataclysme » psychophysiologique qui est le principal facteur de complication.

En résumé, *la plupart des phobies intenses, qui ne s'expliquent pas par un véritable traumatisme, sont dues essentiellement à la peur de l'excitation physiologique et du jugement d'autrui, ces deux craintes fondamentales venant se renforcer l'une l'autre.*

Partant des recherches qui prouvent qu'une série de troubles psychiques sont moins tributaires d'une forte activation physiologique que de la façon dont celle-ci est étiquetée, Meichenbaum (1972 ; 1977) a bien montré qu'on peut apprendre à interpréter l'« arousal » comme un dynamisme facilitateur plutôt que comme de la peur ou une angoisse débilatantes. Dans une situation stressante, au lieu de se dire ; « Je suis nerveux, ça ne va pas, mon cœur bat à se rompre, je transpire ; les autres vont le voir, je n'en peux plus... », on peut apprendre à se répéter avec une conviction croissante : « Il ne faut pas éliminer la tension mais seulement la réguler ; c'est mon dynamisme nerveux ; je vais mettre en oeuvre mes stratégies d'affrontement... ». Nous reviendrons sur ce type d'auto-instructions dans la partie pratique.

3. Les différences interindividuelles

Les êtres humains, depuis l'enfance, diffèrent quant à l'intensité de leurs réactions neurovégétatives (cf. Frankenhäuser, 1978). Toutefois, les recherches tendent à montrer que les différences d'« émotivité » ou d'« émotionnalité » sont moins une question de pure physiologie que de perception subjective de symptômes orthosympathiques et de tensions musculaires (Valins, 1967 ; Mandler, 1980 : 236). Citons à titre d'illustration deux recherches qui mettent en évidence que les personnes « émotives » ou « névrosées » sont particulièrement attentives à leurs réactions physiologiques.

Rainer Schandry (Université de Munich, 1981) a constaté que, dans un groupe de sujets qui ont à peu près le même rythme cardiaque, ceux qui sont habituellement les plus émotifs et les plus anxieux évaluent nettement mieux que les autres la fréquence des battements de leur cœur. On peut supposer que la précision de la viscéroception provient d'une sensibilité particulière aux phénomènes neurovégétatifs et, d'autre part, que la facilité à prendre conscience des accélérations cardiaques favorise la rapidité à éprouver des émotions.

Utilisant le « questionnaire de perception autonome » de Mandler et al., Thomas Borkovec (Université de l'Etat de Pennsylvanie, 1976) a observé que les personnes en traitement « psy » sont en général plus vigilantes, que des individus « normaux », quant à leurs réactions viscérales et musculaires (les femmes l'étant davantage que les hommes). Cette vigilance peut être une conséquence de leurs problèmes, mais elle est très probablement un facteur important de leur maintien ou de leur renforcement.